

Ernia interna pelvica strozzata quale complicanza postoperatoria precoce di colposacropessi con protesi

A. CICCOLO, T. CENTORRINO, M. ROSSITTO, A. BARBERA, M.T. FONTI, D. PANACEA

RIASSUNTO: Ernia interna pelvica strozzata quale complicanza postoperatoria precoce di colposacropessi con protesi.

A. CICCOLO, T. CENTORRINO, M. ROSSITTO, A. BARBERA, M.T. FONTI, D. PANACEA

Gli Autori riportano un caso di ernia interna strozzata insorta in una paziente sottoposta a colposacropessi per prolasso vaginale secondario ad isterectomia totale.

La diagnosi, posta mediante TC, ha consentito di sottoporre la paziente ad intervento chirurgico con resezione dell'ansa strozzata, completata da ricostruzione del pavimento pelvico.

SUMMARY: Pelvic internal strangulated hernia: early postoperative complication of sacral colpexy with prosthesis.

A. CICCOLO, T. CENTORRINO, M. ROSSITTO, A. BARBERA, M.T. FONTI, D. PANACEA

The Authors report a case of internal strangulated hernia in a patient operated of colposacropexy for vaginal prolapse following total hysterectomy.

The diagnosis was formulated by abdominal TC consenting the surgical treatment by bowel loop resection completed by pelvic floor reconstruction.

KEY WORDS: Ernia interna - Colposacropessi - Protesi.
Internal hernia - Sacral colpexy - Prosthesis.

Premessa

Nel contesto delle opzioni chirurgiche per la correzione del prolasso della cupola vaginale secondario ad isterectomia totale addominale, sono previste tecniche di pessia sacro-vaginale mediante interposizione di banderelle di materiale protesico tra la cupola vaginale ed il promontorio sacrale (1), (3), (4). A termine di tale intervento si vengono a creare due orifici abbastanza ampi in posizione laterale destra e sinistra, al passaggio tra grande e piccola pelvi, la cui persistenza da mancata sutura o deiscenza espone la paziente a rischio di ernie interne che facilmente possono andare incontro a strozzamento.

Finalità del nostro lavoro è la descrizione di un caso clinico venuto alla nostra osservazione in urgenza, per sindrome oclusiva, in una paziente operata 16 giorni prima di colposacropessi con protesi, completata da procedura di cervicopessi secondo Burch, per prolasso vaginale con incontinenza da sforzo.

Caso clinico

P.M.R., 74 anni.

L'anamnestico è positivo per ipertensione arteriosa e bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

L'anamnesi chirurgica era costituita da: appendicectomia all'età di 11 anni; isterectomia totale + annessectomia bilaterale all'età di 51 anni; 16 gg. prima intervento chirurgico di colposacropessia + colposospensione secondo Burch.

La paziente veniva alla nostra osservazione per una sintomatologia insorta alcune ore prima e caratterizzata da dolore acuto di tipo colico con esordio ai quadranti addominali superiori, irradiazione a cintura e riferimento in regione dorsale, senso di tensione addominale, nausea e vomito alimentare e poi biliare. La canalizzazione intestinale era riferita mantenuta fino a 24 ore prima.

All'esame obiettivo dell'addome, questo risultava all'esame ispettivo di forma e volume regolari, cicatrice ombelicale normointroflessa, senza reticoli venosi superficiali né masse patologiche visibili. Cicatrice da pregressa appendicectomia, ben consolidata, in fossa iliaca destra; era inoltre evidenziabile altra cicatrice recente, ombelico-pubica, da pregresso intervento.

Alla palpazione si evocava discreto dolore in corrispondenza dei quadranti inferiori dell'addome. Modicamente dolenti l'epigastrio e l'ipocondrio destro.

La paziente veniva sottoposta a Rx diretta dell'addome che evidenziava dilatazione delle anse del tenue con aspetto a vetro smerigliato dell'addome inferiore.

La diagnostica veniva completata con ETG dell'addome che dimostrava la "...presenza nello scavo pelvico, in sede paravescicale destra, di raccolta fluida corpuscolata di circa 80x50 mm". La paziente veniva sottoposta a TC addome che confermava il riscontro ecotomografico relativo alla raccolta fluida pelvica pararettale

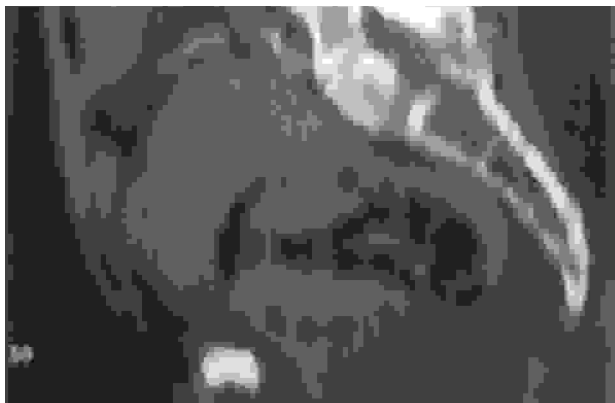


Fig. 1- Ricostruzione coronale TC: raccolta fluida pelvica con nel contesto ansa intestinale distesa.

dx, evidenziando inoltre “distensione di un’ansa intestinale con aria nel contesto della parete compatibile con fenomeni ischemici” (Fig. 1).

Posta pertanto diagnosi di “necrosi intestinale da probabile ernia interna strozzata”, si provvedeva a sottoporre la paziente ad intervento chirurgico in urgenza.

Procedura chirurgica

Laparotomia mediana sopraombelico-pubica, con escissione della cicatrice del pregresso intervento. All’apertura del cavo si evidenziava dilatazione delle anse del tenue, la cui esplorazione faceva rilevare l’impegno di un’ansa medio-ileale in un orificio, sito in sede pelvica laterale destra, i cui contorni erano costituiti dal promontorio sacrale posteriormente, da una plica peritoneale spessa e fibrotica in posizione mediana, tesa a ponte in senso antero-posteriore tra il promontorio sacrale e la cupola vaginale, ed infine postero-lateralmente dal peritoneo parietale (Fig. 2).

Con cauta manovra si disimpegnava l’ansa incarcerata che risultava costituita da un segmento di intestino tenue lungo circa 30 cm,



Fig. 2- Riscontro operatorio: riduzione dell'ansa incarcerata nell'orificio pelvico.

il cui aspetto risultava necrotico, a “foglia morta”; si osservava una piccola soluzione di continuo della parete intestinale da cui fuoriusciva liquido enterico maleodorante. Dalla cavità pelvica residua alla riduzione dell’ansa erniata si verificava fuoriuscita di abbondante quantità di liquido sieromattico. Si procedeva quindi all’esplora-

zione dello scavo pelvico, mediante scollamento del sigma dalla doccia parietocolica sinistra. La revisione faceva rilevare l’ancoraggio della cupola vaginale al promontorio sacrale mediante interposizione di banderella di rete protesica ai lati della quale, a sinistra, residuava spazio esplorabile parzialmente occupato dal sigma e dal suo meso, mentre, a destra era presente orificio di circa 2 cm di diametro, nel quale era impegnata l’ernia interna. Quest’ultimo orificio risultava esplorabile fino allo scavo pelvico e comunicante con l’omologo controlaterale. Praticata resezione dell’ansa ileale necrotica, con ricostruzione termino-terminale manuale in duplice strato, si provvedeva a chiusura mediante peritoneizzazione dei suddetti orifici, con posizionamento di drenaggi di Jackson-Pratt nello scavo pelvico, posti in aspirazione. Pertanto, previo posizionamento di due ulteriori drenaggi in sede pelvica e sottoepatica, si praticava ricostruzione a strati della parete.

Il decorso post-operatorio era regolare con ripresa della canalizzazione in 3° giornata, ripresa dell’alimentazione in 4ª giornata e dimissione in 8ª giornata.

Discussione

Nell’ambito delle complicanze precoci dell’intervento di colposacropessi con interposizione di banderella in materiale sintetico, l’ernia interna, con conseguente quadro occlusivo, risulta essere notevolmente rara. Questa infatti, dall’analisi della letteratura, viene riportata in un solo studio eseguito su 55 pazienti, nel cui contesto si è manifestata una sola volta (1,8%). Nel caso suddetto, inoltre, tale quadro clinico è stato provocato dalla deiscenza della peritoneizzazione pelvica (8).

Dai dati della letteratura (2), (5), (6), (7), e dall’esperienza personale, risulta chiara l’importanza che, nell’ambito degli interventi di colposacropessi, riveste il tempo della peritoneizzazione a livello della plessia colposacrale. Quest’ultima, infatti, realizza una briglia a ponte con situazione mediana e decorso anteroposteriore e cranio-caudale, provocando di fatto un sollevamento del pavimento pelvico dalla normale posizione a livello del passaggio tra grande e piccola pelvi. Ai lati della suddetta briglia residuano due orifici più o meno angusti, di passaggio, che mettono in comunicazione la cavità addominale con lo scavo pelvico. È di vitale importanza l’obliterazione dei suddetti orifici allo scopo appunto di prevenire l’eventuale impegno di intestino con formazione di ernia interna e di una sua eventuale complicanza (strozzamento).

La descrizione del caso clinico da noi osservato ha lo scopo di sottolineare la necessità, in caso di pazienti sottoposti al tipo di plessia descritto, di considerare fra le possibili complicanze anche la presenza di un’ernia interna, onde formulare diagnosi rapidamente ed altrettanto rapidamente trattare la lesione, mediante riduzione dell’ernia, completata da accurata oblitterazione dell’orificio sede potenziale di ernia interna.

Bibliografia

1. COSTANTINI E., LOMBI R., MICHELI G., PARZIANI S.: *Colposacropexy with goretex mesh in marked vaginal prolapse*. Eur. Urol., 34 (2): 111, 1998.
 2. DEVAL B., FAUCONNIER A., REPIQUET D., LION Y., MONTUCLORD B., FRISTEL C., PIGNE A.: *Surgical treatment of genitourinary prolapse by the abdominal approach. Apropos of a series of 232 cases*. Ann. Chir., 51 (3): 256, 1997.
 3. DIANA M., SCHETTINI M.: *Treatment of vaginal vault prolapse with abdominal sacral colpopexy using polene mesh*. Minerva Ginecol., 51 (9): 349, 1999.
 4. VASQUES DOMINGUEZ R.H., ALBARRAN DE REGIL C.A.: *Sacro-colpopexy using mersilene: report of 12 cases at the General Hospital zone 7, Monclova, Coahuila*. Gynecol. Obstet. Mex., 67: 13, 1999.
 5. FELDMAN G.B., BIRUBANN S.J.: *Sacral colpopexy for vaginal vault prolapse*. Obst. Gynec., 53 (3): 399, 1979.
 6. LECURN F., TAURELLE R., CLONARE C., ATTAL J.P.: *Surgical treatment of genitourinary prolapses by abdominal approach. Results in a continuous series of 203 operations*. Ann. Chir., 48 (11): 1013, 1994.
 7. VIETANNEN M., MIRVONEN T., MAKINEN J., KIILHOLMA P.: *Outcome of thirty patients who underwent repair of posthysterectomy prolapse of the vaginal vault with abdominal sacral colpopexy*. J. Am. Coll. Surg., 178 (3): 283, 1994.
 8. WETREL O., KATMET S., PLOUGOSTEL-LUCAS M.L., BOURBON I.: *The treatment of genito-urinary prolapse with promonto-fixation using a prosthetic material combined with complete hysterectomy: complications and results apropos of a series of 55 cases*. Progr. Urol., 5 (2): 221, 1995.
-